

様式第1号（第5条関係）

受付番号	※
------	---

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

年 月 日

河津町長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者氏名 ㊟

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号	※
------------	---

申請者	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 市・郡 (ビルの名称等)					
	フリガナ						
	名称						
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 市・郡					
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 市・郡					
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	備考	
	事業第一号事業サービス 介護予防・日常生活支援総合	総合事業訪問介護			年 月 日	年 月 日	
		総合事業通所介護			年 月 日	年 月 日	
介護保険事業所番号					(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名				医療機関コード等			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に○印を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保健医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

※受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		県	市・郡			
		(ビルの名称等)				
連絡先	電話番号		FAX番号			
出張所等	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		県	市・郡			
		(ビルの名称等)				
連絡先	電話番号		FAX番号			
当該事業の実施について規定されている 定款、寄附行為等の条文		第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該総合事業訪問介護事業所で兼務する他の 職務（兼務の場合記入）					
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼 務の場合記入）		名称			
兼務する 他の職務						
サービス 提供責任者	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日					
	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日					
*従業員の職種及び人員		訪問介護員等		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> </div>		
		専従	兼務			
		常勤（人）				
		非常勤（人）				
		常勤換算後の人員（人）				
		※基準上の必要人員				
※適合の可否						

主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				
添付書類	別添のとおり			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 *印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
- 4 添付書類
 - (1) 定款、寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
 - (3) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (4) 運営規定
 - (5) 利用契約書
 - (6) 重要事項説明書
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (8) 当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態
 - (9) 当該申請に係る事業に係る資産の概要
 - (10) 当該申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
 - (11) 誓約書（第3条第1項に該当しないことを誓約する書面をいう。）
 - (12) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (13) 組織体制図
 - (14) 個人情報使用についての同意書
 - (15) 前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面

※受付番号	
-------	--

介護予防・日常生活支援総合事業通所介護指定に係る記載事項

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 市・郡								
		(ビルの名称等)								
連絡先	電話番号		FAX番号							
出張所等	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 市・郡								
		(ビルの名称等)								
連絡先	電話番号		FAX番号							
当該事業の実施について規定されている 定款、寄附行為等の条文			第 条 第 項 第 号							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
	生年月日									
	当該総合事業通所介護事業所で兼務する他の 職務（兼務の場合記入）									
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼 務の場合記入）			名称						
			兼務する 他の職務							
実施単位数		単位		人						
同時に第1号通所介護、指定通 所介護及び指定介護予防通所 介護の提供を受けることがで きる利用者の数の上限										
単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤（人）								
		非常勤（人）								
		※基準上の必要人員								
※適合の可否										
食道及び機能訓練室の合計面積			※基準上の必要数値			※適合の可否				
m ²			m ² 以上							

主な 掲 示 事 項	営業日	① 時 分 ~ 時 分	② 時 分 ~ 時 分	
	単位ごとのサービスの提供時間	① 人	② 人	
	単位ごとの利用定員			
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 *印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
- 4 添付書類
 - (1) 定款、寄附行為等及びその登録事項証明書等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
 - (3) 建築基準法に適合していることを証する書類
 - (4) 消防法に適合した消防計画等のあることを示した書面
 - (5) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (6) 運営規定
 - (7) 利用契約書
 - (8) 重要事項説明書
 - (9) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (10) 当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態
 - (11) 当該申請に係る事業に係る資産の概要
 - (12) 当該申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
 - (13) 誓約書（第3条第1項に該当しないことを誓約する書面をいう。）
 - (14) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (15) 組織体制図
 - (16) 個人情報使用についての同意書
 - (17) 開設場所（土地、建物等）の権原を示した書類
 - (18) 非常災害対策に関する具体的な計画
 - (19) 前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面

様式第4号（第5条関係）

受付番号	※
------	---

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書

年 月 日

河津町長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者氏名 ㊟

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号		※		
申 請 者	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 市・郡				
		(ビルの名称等)				
	フリガナ					
	名称					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別				法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年 月日	年 月 日
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 市・郡					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 市・郡				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受けている事業の指 定年月日	備考
	事業第一号事業サービス 介護予防・日常生活支援総合	総合事業訪問介護			年 月 日	年 月 日
		総合事業通所介護			年 月 日	年 月 日
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名			医療機関コード等			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に○印を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保健医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

※受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護更新に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		県	市・郡			
	(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			FAX番号		
出張所等	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		県	市・郡			
	(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			FAX番号		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文		第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	生年月日					
	当該総合事業訪問介護事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入）					
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入）		名 称			
		兼務する他の職務				
サービス提供責任者	フリガナ			住 所		
	氏 名					
	生年月日					
	フリガナ			住 所		
	氏 名					
	生年月日					
*従業員の職種及び人員		訪 問 介 護 員 等		/		
		専 従	兼 務			
		常勤（人）				
		非常勤（人）				
		常勤換算後の人員（人）				
		※基準上の必要人員				
※適合の可否						

主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				
添付書類	別添のとおり			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 *印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
- 4 添付書類
 - (1) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (2) 運営規定
 - (3) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (4) 当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態
 - (5) 当該申請に係る事業に係る資産の概要
 - (6) 当該申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
 - (7) 誓約書（第3条第1項に該当しないことを誓約する書面をいう。）
 - (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (9) 組織体制図
 - (10) 前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面

※受付番号	
-------	--

介護予防・日常生活支援総合事業通所介護更新に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
		県		市・郡					
	(ビルの名称等)								
連絡先	電話番号				FAX番号				
出張所等	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
		県		市・郡					
	(ビルの名称等)								
連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について規定されている 定款、寄附行為等の条文				第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	当該総合事業通所介護事業所で兼務する他の 職務（兼務の場合記入）								
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼 務の場合記入）				名称				
				兼務する 他の職務					
実施単位数		単位							
同時に第1号通所介護、指定通 所介護及び指定介護予防通所 介護の提供を受けることがで きる利用者の数の上限		人							
単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）									
非常勤（人）									
※基準上の必要人員									
※適合の可否									
食道及び機能訓練室の合計面積				※基準上の必要数値			※適合の可否		
m ²				m ² 以上					

主な 掲 示 事 項	営業日	① 時 分 ~ 時 分	② 時 分 ~ 時 分	
	単位ごとのサービスの提供時間	① 人	② 人	
	単位ごとの利用定員			
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
	通常の事業の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

備考

- 1 ※印のある欄には、記入しないでください。
- 2 *印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
- 4 添付書類
 - (1) 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (2) 運営規定
 - (3) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (4) 当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態
 - (5) 当該申請に係る事業に係る資産の概要
 - (6) 当該申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
 - (7) 誓約書（第3条第1項に該当しないことを誓約する書面をいう。）
 - (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
 - (9) 組織体制図
 - (10) 前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面

様式第9号（第7条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年 月 日

河津町長 様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

介護保険事業者番号

指定内容を変更した事業所	所在地	
	名称	
サービスの種類		
変更があった事項		変更の内容
1	事業所（施設）の名称	(変更前)
2	事業所の所在地（開設の場所）	
3	申請者（開設者）の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	定款、寄附行為及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）	
7	事業所の平面図、設備の概要等	
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規定	(変更後)
10	協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関との契約の内容等	
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制	
12	第1号事業費の請求に関する事項	
13	役員の氏名、生年月日及び住所	
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
15	本体施設、本体施設との移動経路等	
16	併設施設の状況等	
変更年月日		年 月 日

備考

1 該当項目番号に○印を付けてください。

2 変更の内容が分かる書類を添付してください。

様式第 10 号 (第 7 条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書

年 月 日

河津町長

様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

次のとおり事業の廃止・休止をしたいので届け出ます。

	介護保険事業者番号																		
廃止・休止する事業所	所在地																		
	名称																		
サービスの種類																			
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止																		
廃止・休止する年月日	年 月 日																		
廃止・休止した理由																			
現にサービス又は支援を受けていた者に対する処置 (廃止・休止した場合のみ)																			
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日																		

様式第 11 号（第 7 条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年 月 日

河津町長

様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号																		
再開する事業所	所在地																		
	名称																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		
再開した理由																			

備考

事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。